

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMATOCÈLES PELVIENNES
INFECTÉES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1934

PAR

René RIOU

Elève du Service de Santé de la Marine,

Né le 11 décembre 1909, à Kergrist-Moëlou (Côtes-du-Nord).

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	} <i>Juges</i>
		JEANNENEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMATOCÈLES PELVIENNES
INFECTÉES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1934

PAR

René RIOU

Elève du Service de Santé de la Marine,

Né le 11 décembre 1909, à Kergrist-Moëlou (Côtes-du-Nord).

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.	Président.
		PAPIN, professeur	Juges
		JEANNENEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen.....	M. MAURIAC
Assesseur.....	M. GUYOT
Doyen honoraire.....	M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPÉRIÉ	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacutique.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABRAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RÉCKOU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Botanique et matière médicale.....	CHÉRIÉ.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FAIRE.	Obstétrique	RIVIERE.
		Ophthalmologie	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	PIECHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmacutique et toxicologie..	VITTE.
	DE GRAILLY		
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Physiologie.....	FAIRE	Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)
Médecine opératoire.....	PAPIN	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	VITTE
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			MM. N

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE ET DE MON PERE

*Faible témoignage de ma
grande reconnaissance et de
ma profonde affection.*

A MA FEMME

A MA PETITE MONIQUE

A MA SŒUR

A MES TANTES, A MON ONCLE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

En témoignage de notre profonde gratitude pour l'accueil si bienveillant que vous nous avez toujours réservé.

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

Remerciements.

AVANT-PROPOS

Nous sommes très heureux, avant de présenter ce travail, d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont l'enseignement nous a permis de mener à bien nos études médicales.

Toute notre reconnaissance va à M. le Professeur Guyot qui, après nous avoir fait aimer et apprendre la gynécologie dans ses cliniques magistrales, a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous guider dans notre tâche.

Nous remercions également MM. les Professeurs Bégouin et Loubat MM. les Docteurs R. Denis et J. Villar qui nous ont autorisé à publier leurs observations.

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'existence d'une collection sanguine intrapelvienne est un fait connu depuis les temps les plus éloignés. Hippocrate dans son IV^e et son V^e livre des Epidémies donne une description des collections sanguines du bassin.

Dans la *Lancette Française*, Récamier et Velpeau citent des observations d'un tel fait. Deneux, Bernutz, Valleix, Becquerel Laugier ont rapporté des observations dans lesquelles la collection sanguine s'était ouverte dans le vagin, le rectum, dans la vessie et même dans le péritoine, occasionnant alors une péritonite mortelle. Il est bien permis de croire que ces ouvertures spontanées, concernent des hématoécèles infectées.

Voisin dans sa thèse de Paris, 1858, sur 25 cas d'hématoécèle, a 5 ouvertures spontanées dans le rectum, 2 dans le vagin et 4 dans le péritoine.

En 1896, Thévenard en donne dans sa thèse une quinzaine de cas sur 53 observations.

En 1910, Jacobson au V^e Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, en rapporte 4 cas sur 215 observations.

En 1911, Keyes de New-York en cite un cas sur 13 hématoécèles.

Il semble ressortir de cette courte énumération que les cas d'hématoécèles infectées soient d'une constatation courante : c'est une erreur. S'il y a seulement une vingtaine d'années, l'infection pouvait être considérée comme une suite fréquente de l'épanchement sanguin, elle est devenue aujourd'hui un fait rarissime. Grâce aux progrès de la médecine, le diagnostic précoce de rupture tubaire, l'intervention chirurgicale pra-

tiquée sans retard, ont réduit considérablement les possibilités d'infection de la collection sanguine.

Néanmoins avec l'aide si bienveillante de nos maîtres, nous avons pu réunir ici quelques observations qui nous permettront d'apporter à l'étude des hématoécès infectées une modeste contribution.

Nous exposerons dans ce travail :

- 1° L'anatomie pathologique;
 - 2° L'étiologie;
 - 3° La symptomatologie, l'évolution.
 - 4° Le diagnostic et le pronostic;
 - 5° Le traitement;
 - 6° Observations;
 - 7° Conclusions.
-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est à Lawson-Tait qu'on doit la notion du rôle prépondérant joué dans la genèse des hémorragies intrapéritonéales chez la femme par la rupture de la trompe gravide.

Dans ces dernières années cependant une sorte de réaction s'est produite contre une tendance aussi absolue : il est incontestable que la grossesse tubaire soit à l'origine de la majorité des cas d'inondation péritonéale et d'hématocèles pelviennes, mais il est d'autres facteurs étiologiques qui sont loin d'être négligeables (thèse de M. P. Bauray).

Deux accidents de la grossesse ectopique peuvent déterminer une inondation péritonéale et une hématocèle :

- 1° L'avortement tubaire ;
- 2° La rupture de la trompe.

D'une façon schématique on peut avec Couvelaire et Muret établir 2 tableaux distincts de l'hémorragie dans la grossesse tubaire : a) rupture précoce, inondation péritonéale ; b) avortement tubaire, accidents plus tardifs, hémorragies à répétition, le sang s'accumule par petites ondées successives dans le cul-de-sac de Douglas, pour y former l'hématocèle rétro-utérine.

Mais, comme G. Proust dit avec raison, ce n'est là qu'un schéma sujet à variantes. L'inondation péritonéale longtemps considérée comme l'apanage exclusif de la rupture peut reconnaître comme origine un avortement.

La formule naguère classique de Segond est à rejeter : « Petit épanchement dans un péritoine malade, grande hémorragie dans une séreuse saine ». Nous partageons les vues de Lenor-

mand : 1° L'épanchement sanguin est primitivement libre, il n'y a pas d'enkystement primitif par des adhérences préexistantes; 2° L'enkystement est ordinairement secondaire.

Quand l'hémorragie n'a pas entraîné la mort, l'évolution du sang épanché est toujours la même : autour de lui, le péritoine réagit et forme une enveloppe pseudo-membraneuse qui enkyste la collection et la transforme en une hématoçèle.

Le siège de l'hématoçèle est variable : on distingue les hématoçèles intra et extrapéritonéales. La forme intrapéritonéale est la plus fréquente : la tumeur siège en général dans le Douglas; elle refoule en arrière le rectum, en avant l'utérus, en haut l'épiploon et les anses intestinales. Celles-ci forment au-dessus de l'épanchement une sorte de capuchon, un véritable « diaphragme pathologique » pour employer l'expression de Bernutz.

Les parois de la poche sanguine sont formées par une coque de fausses membranes, adhérentes plus ou moins aux organes voisins. Ces membranes d'épaisseur variable, présentent par place un aspect nettement stratifié. Toutefois il faut signaler que cette membrane n'a en aucun point la résistance et l'indépendance d'une véritable membrane d'enveloppe. Le contenu est formé par un liquide de consistance sirupeuse, de couleur brunâtre qui le fait ressembler grossièrement à de la melle (Bernutz). « Avec le temps, les fausses membranes deviennent résistantes, dures comme du cartilage, par suite de l'adjonction à leur surface interne d'un dépôt fibrineux, » (Bégouin).

ETIOLOGIE

L'hématocèle rétro-utérine étant ainsi constituée, comment pourra-t-elle évoluer ?

1° La résorption s'observe souvent dans les hématocèles de petit volume : la tumeur pelvienne diminue progressivement et finit par ne plus être constituée que par une induration fibreuse dans le cul-de-sac de Douglas ; quelquefois cette transformation fibreuse de la poche sanguine entraîne une rétrodéviation de l'utérus.

2° La source de l'hémorragie, momentanément tarie, peut de nouveau donner naissance à un flux sanguin, et alors, rompant ses barrières au niveau d'un point faible, l'hématocèle se transformera en une véritable hémorragie péritonéale secondaire.

3° Mais le plus grand danger réside dans la facilité avec laquelle peuvent s'infecter les caillots sanguins.

4° Parmi les complications de l'hématocèle citons aussi les accidents de compression, que cette compression s'exerce soit au niveau de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, soit au niveau des plexus nerveux voisins, lombaires et sacrés.

Quels sont les facteurs étiologiques qui interviennent dans cette infection d'une collection sanguine ?

Formant dans le péritoine une collection inerte, le sang de l'hématocèle est un milieu bien favorable au développement d'une flore microbienne.

I. Infection d'origine intestinale.

Placée au contact du tube digestif et au voisinage de l'appendice, l'hématocèle peut s'infecter et l'infection une fois

déclarée se propage très vite dans cette poche qui ne contient que des tissus morts.

Dans sa thèse, Pellet en 1908, relate un certain nombre de cas d'infections d'hématocèles, d'origine appendiculaire.

« L'appendicite dit-il, constitue un foyer infectieux, situé au voisinage d'une collection sanguine, qui constitue un bouillon de culture favorable à la pullulation des germes. C'est la cause la plus banale de la suppuration des hématocèles siégeant dans le petit bassin, à tel point, qu'en face d'une hématocèle infectée, on doit envisager la possibilité d'une appendicite, même en dehors de toute autre manifestation clinique. »

Mais il n'est pas besoin d'une affection appendiculaire pour déterminer l'infection d'une hématocèle, des lésions intestinales et même le seul voisinage d'un intestin sain, suffisent à engendrer l'infection de l'épanchement sanguin.

II. Infection d'origine génitale.

Lawson Tait soutenait autrefois une théorie pour le moins séduisante : toute grossesse ectopique se greffant dans une trompe préalablement infectée, l'infection des hématocèles s'expliquait facilement.

Cette théorie a perdu beaucoup de terrain et l'on a fait observer à juste titre que la grossesse tubaire se rencontre souvent chez des femmes qui n'ont aucun passé génital.

Néanmoins il est indéniable que quelques cas d'infection d'hématocèles ont un point de départ génital. L'infection de la poche sanguine pourra reconnaître comme origine, une annexite.

Dans d'autres cas, il faut incriminer des manœuvres abortives, telle une malade de Cleu, qui s'y était livrée dans un but criminel; dans le cas cité les injections d'eau vinaigrée étaient faites avec une asepsie évidemment douteuse. Dans notre Observation V, l'infection de l'hématocèle est selon

toutes probabilités en relation étroite avec la tentative d'avortement par introduction d'une sonde intra-utérine.

D'autres fois, c'est un curettage de l'utérus, qu'il faut incriminer.

III. Infection d'origine sanguine.

L'infection d'une hématocele peut aussi se faire par la voie sanguine au cours d'une infection générale. Les microbes auront tendance à se localiser au niveau de ce point de moindre résistance qu'est un foyer d'hématocele « véritable bouillon de culture où le moindre germe amené par le sang va se fixer et se multiplier » (Cleu).

Dans notre observation VIII nous voyons une paratyphoïde B déterminer l'infection d'une hématocele.

En résumé si dans la plupart des cas cette complication grave de l'hématocele qu'est l'infection, est due au voisinage du tractus intestinal, dans d'autres cas plus rares, c'est le tractus génital et la voie sanguine qu'il faut incriminer.

SYMPTOMATOLOGIE. EVOLUTION

Schématiquement l'on peut dire que la symptomatologie de l'hématocèle infectée comprend une double série de signes : d'un côté signes d'hématocèle, de l'autre signes d'infection. Malgré cette clarté apparente le diagnostic reste souvent hésitant et toujours difficile.

Un interrogatoire bien conduit, un examen très attentif seront ici d'un précieux secours pour le clinicien. C'est tout d'abord les signes de grossesse tubaire qu'il faudra rechercher : augmentation du volume des seins, pigmentation de l'aréole, écoulement de colostrum. Ces signes prémonitoires du début d'une grossesse sont souvent vagues et passent alors inaperçus des malades que l'on interroge.

Parmi les anamnétiques, on s'attachera à faire préciser quelques points dont l'importance est primordiale pour étayer le diagnostic : notion d'un retard de règles plus ou moins ancien, notion d'une crise douloureuse ayant siégé dans le bas ventre ou généralisée à tout l'abdomen accompagnée de malaises, de nausées, de vomissements et de petits écoulements de sang noir, notion enfin de signes d'hémorragie interne qui seront venus s'ajouter à la crise douloureuse : pâleur du visage, décoloration des muqueuses, tendances syncopales, petitesse et rapidité du pouls.

Mais dans les cas que nous envisageons, cette symptomatologie suraiguë ne sera pas souvent au grand complet. En effet ils répondent à l'inondation péritonéale, qui peut être d'emblée mortelle, et qui en cas contraire nécessite l'intervention immédiate, laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'infection ne saurait se produire alors, faute de temps. Toutefois M. Violet rapporte dans le *Lyon Médical* 1922, une observation dans laquelle l'infection de l'épanchement sanguin aurait été très précoce.

Tels sont, dans leurs grands traits, les principaux signes qui, recherchés par l'interrogatoire, aideront au diagnostic d'hématocèle.

Les jours qui ont suivi cette crise abdominale, la malade aura présenté le plus souvent une série de petits signes tels : sensation de pesanteur pelvienne, besoins fréquents d'uriner, constipation, troubles digestifs, léger ballonnement du ventre, pertes de sang noir, etc...

Un examen de la malade pratiqué à ce stade de l'évolution de l'hématocèle donnerait les renseignements suivants :

Au toucher vaginal : le col utérin est refoulé en avant, et en haut contre la face postérieure de la symphyse pelvienne. Le cul-de-sac de Douglas est occupé par une masse arrondie qui semble dédoubler la cloison recto-vaginale, et « se prolonge sur la paroi postérieure du vagin jusqu'à 4 à 6 cm. de la vulve » (Labadie Lagrave et Legueu). Dans l'ensemble cette tumeur forme une sorte de croissant à concavité antérieure derrière le col utérin.

Le toucher rectal montre que la tumeur bombe tout autant du côté du rectum que du côté du vagin : l'intestin est aplati dans la concavité du sacrum.

Sa consistance est variable, molle au début elle devient plus ferme ensuite, donnant une sensation comparable à celle du mastic (Pozzi). Dans les vieilles hématocèles elle devient presque ligneuse.

Quels sont donc les signes cliniques qui annoncent l'infection de la collection sanguine ? Après une phase d'accalmie plus ou moins longue, soit brusquement, soit en quelques jours, la température s'élève, 39° 5, 40°, accompagnée de grands frissons. La courbe thermique présente des oscillations importantes.

En même temps l'état général s'aggrave, langue saburrale,

la constipation habituelle fait place à un flux diarrhéique plus ou moins abondant, la céphalée est violente, le pouls et la respiration s'accélèrent. Puis on voit apparaître des signes de réaction péritonéale : ballonnement du ventre qui devient très douloureux, vomissements.

Au toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac de Douglas occupé par une tuméfaction douloureuse, son accroissement progressif et continu, son ramollissement sont des signes en faveur de l'infection de la collection sanguine.

Pris isolément on le voit, aucun de ces signes n'est caractéristique, mais dans leur ensemble, ils forment un tableau symptomatique sur lequel on peut étayer le diagnostic d'infection. L'examen cytologique du sang, la ponction exploratrice, viendront préciser celui-ci, dans le doute.

Evolution. — Quel que soit le moment de l'infection, relativement précoce (observations I, II) ou tardive (VI, X) celle-ci peut évoluer dans des sens bien différents. Le plus souvent, si "on n'intervient pas, le pus se collecte et s'évacue à l'extérieur.

Dans la plupart des cas l'ouverture se fait dans le rectum. Il est classique de dire que cette évacuation s'annonce par une diarrhée abondante, véritable entérite glaireuse (Nonat) à laquelle succède bientôt l'émission de matières brunâtres semblables à de la mélasse et striées de pus. Dans notre observation V nous en rapportons un cas, compliqué par la suite d'occlusion intestinale. Cette ouverture dans le rectum peut conduire à la guérison. Trop souvent cependant elle aggrave l'infection du foyer hématique et conduit à la septicémie si l'on n'intervient pas.

L'ouverture peut aussi se faire dans une anse grêle, en contact avec la collection (cas de Legueu et Rebland).

L'ouverture dans le vagin est rarissime, parfois le mode de terminaison de l'hématocèle infectée est le suivant : ouverture en pleine cavité péritonéale déchaînant alors une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

Si l'évacuation de l'hématocèle se fait par la vessie, nous aurons des phénomènes de cystite purulente. Deux cas que nous rapportons (observations IX, X) sont particulièrement intéressants. Kahn nous présente une observation dans laquelle la rupture de l'hématocèle dans la vessie s'est produite 13 ans après sa constitution.

Enfin l'hématocèle peut s'ouvrir à la paroi abdominale, dans l'observation VII, Schewket nous en cite un cas.

Nous terminerons ce chapitre en insistant sur le caractère parfois très tardif de la suppuration, l'observation VI est intéressante à un double point de vue :

L'hématocèle rétro-utérine constituée le 26 juillet 1912, selon toute vraisemblance à la suite d'un avortement tubo-abdominal incomplet avec son cortège de symptômes douloureux et péritonéaux, n'a suppuré qu'à partir du 15 juin 1922, peut-être sous l'influence de la typhoïde alors qu'au cours de ces dix dernières années, trois grossesses ont pu évoluer sans être gênées par l'hématocèle et sans modifier la nature de celle-ci.

Enfin un syndrome d'occlusion intestinale est venu compliquer l'infection de l'hématocèle.

On voit par là toute l'exactitude de la formule de Pinard : « Gravité pronostique de toute grossesse ectopique abandonnée à elle-même. »

DIAGNOSTIC - PRONOSTIC.

Le diagnostic d'hématocèle infectée, basé sur les signes que nous venons d'étudier, sera parfois hésitant. L'examen du sang, la ponction du cul-de-sac de Douglas, seront alors d'un grand secours.

Dans les suppurations en effet, quelle que soit leur origine, il existe une neutrophilie toujours supérieure à 70 ou même 80%. Cette réaction est moins nette pour les tumeurs très enkystées; elle existe cependant dans les cas d'hématocèles qui sont des collections semi-enkystées. C'est là une preuve de plus à l'appui de la suppuration.

Dans l'incertitude on pratiquera une ponction exploratrice du Douglas. La malade sera endormie à l'anesthésie générale et le gynécologue ou le chirurgien devront être prêts à intervenir par voie haute si besoin est.

Ayant fixé le col par une solide pince de Museux, on ponctionnera le cul-de-sac postérieur au ras du col sur la ligne médiane, avec une aiguille assez grosse.

Par aspiration, la seringue se garnit de sang pur, abandonnant alors la voie basse, on pratiquera une laparotomie médiane sous-ombilicale, ablation de la trompe rompue, hémostase, etc...

Si la seringue ramène du sang en voie de transformation purulente, ou du pus franc, la colpotomie postérieure s'impose.

En somme la ponction du Douglas « permet d'une façon simple, inoffensive de reconnaître l'existence d'une hématocèle, d'écarter le diagnostic de salpingite » (Chifoliau et P. Moyse).

M. le Professeur J. L. Faure en 1911 insistait sur les avantages de cette ponction qui « à bien peu de frais fournit les renseignements les plus utiles et permet de prendre parfois des résolutions dont peut dépendre la vie d'une femme. »

On pourra être appelé à faire le diagnostic différentiel de l'hématocèle infectée avec la rupture d'un pyosalpinx. En fouillant les antécédents des malades on trouve toujours un passé génital plus ou moins accusé. Il n'existe pas de signes d'anémie coïncidant avec les signes d'infection, ce qui ne manque pas dans les hématocèles suppurées : donc douleur et élévation de la température concomitante, ce qui n'a jamais lieu dans les hématocèles où la température ne s'établit qu'au moment de l'infection ou au début de la résorption mais jamais en même temps que les phénomènes douloureux de la rupture, douleur suraiguë au toucher vaginal, absence de signe d'hémorragie, passé génital existant toujours, lésions très souvent bilatérales des annexes : voilà les facteurs principaux du diagnostic différentiel de l'hématocèle infectée et de la rupture d'un pyosalpinx.

Le second diagnostic différentiel qui peut se présenter est celui d'hématocèle infectée et de pelvi-péritonite purulente. La notion de passé génital, la tendance moindre à la syncope au début des accidents, la consistance moins molle de la tuméfaction, l'étude des antécédents, l'absence de cette inégalité de consistance, partie solide, partie liquide qui apparaît dans les hématocèles, sous l'influence du travail de désagrégation que subissent les caillots sanguins, permettent de poser le diagnostic ; mais dans les cas anciens la confusion est toujours possible.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les erreurs fréquentes auxquelles ce diagnostic a donné lieu : l'hématocèle suppurée a été prise pour une appendicite, grande simulatrice des malades de l'abdomen (Tixier), pour un fibrome suppuré, un kyste suppuré de l'ovaire, etc.

Le diagnostic, on le voit, est difficile ; seuls un examen méthodique, un interrogatoire bien dirigé, auxquels on

joindra la ponction exploratrice, permettront de lever le doute.

Pronostic. — Il dépend essentiellement tout d'abord de la précocité de l'intervention chirurgicale, ensuite de l'évolution même de la collection sanguine, secondairement infectée.

TRAITEMENT

Il nous reste maintenant à écrire un chapitre controversé s'il en fût, celui du traitement. Nous envisagerons ici uniquement la thérapeutique de l'hématocèle infectée, laissant de côté les hémorragies cataclysmiques (Barnes) offrant les symptômes de l'inondation péritonéale.

Retraçons d'abord dans un court historique la façon dont a été compris, aux diverses époques, le traitement des hématocèles dans leurs complications, et dans le cas particulier d'infection.

Ce traitement connu trois périodes.

1^o Phase de traitement chirurgical jusqu'en 1840, avec Callisen, Macarn, Pelletan, Velpeau, Dupuytren.

2^o Période de traitement médical jusqu'en 1890, c'est à cette phase que l'on observe le maximum de complications graves : ouverture dans le péritoine, la vessie, etc.

2^o Enfin aux environs de 1900 une lutte ardente s'engage entre Bouilly, Segond, Tuffier, Routier, Ricard, partisans de la voie vaginale et Terrier, Reynier, partisans de la voie haute.

A l'heure actuelle il semble nettement que si la laparotomie médiane sous-ombilicale est considérée comme l'intervention de choix dans le cas d'inondation péritonéale, la colpotomie postérieure conserve des indications assez nombreuses : c'est à elle qu'il convient d'avoir recours chaque fois qu'il y a des signes d'infection de l'épanchement sanguin. Beaucoup de chirurgiens aussi, considèrent qu'il est plus avantageux et plus simple d'évacuer par l'incision vaginale les vieilles hématocèles enkystées.

N'est-ce pas là en effet le traitement de choix? Picard dans sa thèse de Paris, 1908, écrit : « On ne peut songer à un autre procédé opératoire que l'incision du Douglas et le drainage du pus au dehors par la voie la plus courte. C'est du reste le procédé courant du traitement des abcès; il faut ouvrir où se trouve le pus ».

En somme la colpotomie postérieure, opération d'urgence, est une intervention bénigne, qui sauve la vie à des malades présentant des symptômes d'infection générale très grave.

Toutefois il faut reconnaître que cette intervention n'a parfois qu'une valeur palliative et devra être suivie ultérieurement d'une intervention par voie haute (observations II, III, V). A cette période la laparotomie médiane sous-ombilicale sera mieux supportée par la malade et permettra un traitement d'ordinaire plus conservateur.

La colpotomie postérieure sera pratiquée selon la technique habituelle, suivie d'un lavage de la cavité, et d'un bon drainage suffisamment prolongé.

Il est évident que dans les cas d'ouverture de l'hématocèle infectée dans un viscère voisin ou à la paroi abdominale, il appartiendra au gynécologue ou au chirurgien de pratiquer l'intervention ad hoc.

OBSERVATIONS

Observation I

(inédiée, due à l'obligeance de M. le professeur Guyot).

Je fus appelé quelques années avant guerre, comme chirurgien de l'hôpital Pellegrin pour opérer d'urgence une jeune femme dans le service de mon regretté collègue, le professeur agrégé Fieux.

J'examinais en sa présence une jeune femme d'une trentaine d'années, entrée la veille à l'isolement de la Maternité pour des accidents infectieux graves.

Son histoire était la suivante : 3 mois auparavant, à la suite d'une absence de règles, elle avait été prise de crises douloureuses dans le bas ventre avec vomissements; le médecin appelé la fit mettre au lit avec glace sur le ventre. Un mois après, nouvelle crise s'accompagnant de ballonnement de l'abdomen.

Depuis 8 jours, cette femme faisait de la température élevée avec 39, tous les soirs; gros ballonnement du ventre et épreintes.

En l'examinant, on trouvait un facies infecté, langue sèche, $t : 40^{\circ}$, plastron douloureux dans la partie inférieure de l'abdomen. Au toucher vaginal, grosse saillie de la paroi postérieure du vagin qui bombe. Le col est très haut, à bout de doigt derrière la symphyse. On porte le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine infectée. L'opération est immédiatement pratiquée par le professeur agrégé Guyot assisté de son collègue le professeur agrégé Fieux. La paroi vaginale incisée transversalement donne issue à une quantité considérable de pus, mélangé de gros caillots; la collection a une odeur fétide rappelant les suppurations voisines de l'intestin. 2 drains sont mis dans la cavité et fixés à la paroi vaginale par des fils de catgut. On pratique alors un grand lavage de la cavité à l'eau oxygénée. La malade reconduite dans son lit, reçoit 500 gr. de sérum.

Application de glace sur le bas-ventre. Suites normales. La température tombe brusquement et après une suppuration assez abondante, les drains sont enlevés au 12^e jour. La malade quitte le service 1 mois après, complètement guérie.

Observation II

(inéдите, due à l'obligeance de M. le professeur Bégouin)

Mme B... Madeleine, après un retard de règles de 10 jours, le 17 décembre 1928, est prise brusquement d'une douleur soudaine et vive dans le bas-ventre, avec lipothymie, vomissements et pertes vaginales de sang noirâtre en petite quantité. Cette douleur violente persiste 4 à 5 h., puis diminue d'intensité.

La malade est alors traitée par le repos et les injections vaginales pour une affection que son médecin ne détermine pas.

Pendant une vingtaine de jours, la malade garde le lit, ne présentant d'autres symptômes, qu'une douleur persistante dans le bas-ventre, surtout marquée à gauche, s'irradiant vers les lombes, et quelques pertes de sang noir, pas de fièvre.

Le 7 janvier 1929, la malade se lève pour vaquer à ses occupations; mais le moindre effort augmente la douleur toujours existante.

Le 13 février 1929, 2 mois après l'accident initial, brusquement son état s'aggrave : des signes infectieux à point de départ pelvien apparaissent qui amènent la malade à l'hôpital St-André. A l'examen, on constate l'existence dans le cul-de-sac de Douglas d'une collection importante, présumée purulente parce que, accompagnée de signes généraux d'infection.

Une colpotomie pratiquée d'urgence montre qu'il s'agit d'une hématocele rétro-utérine secondairement infectée. L'incision, donne en effet issue à une importante quantité de pus mélangé de gros caillots. La colpotomie est suivie d'une suppuration assez longue et le 9 mai, la malade quitte le service.

Depuis lors, Mme B... Madeleine accuse une douleur sourde, continue, avec exacerbation au moindre effort. Toutefois ses règles sont normales, son état général s'est amélioré.

Le 4 novembre 1929, cette femme entre de nouveau dans le service de M. le professeur Bégouin, se plaignant d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, mictions douloureuses, pollakiurie. Au toucher, on trouve un cul-de-sac de Douglas occupé par des adhérences, on perçoit deux masses correspondant aux annexes, utérus gros, douloureux à la pression et à la mobilisation.

Le 8 novembre 1929, M. le professeur Bégouin pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes et l'utérus apparaissent recouverts par des kystes séreux péritonéaux. Les trompes sont oblitérées et les ovaires kystiques. L'ensemble est adhérent au rectum, à la paroi pelvienne. La castration utéro-annexielle ne peut être évitée. Elle est effectuée comme à l'ordinaire. L'appendice est adhérent, enflammé; appendicectomie. Drainage sus-pubien. Suites normales. Exeat le 10 décembre 1929.

Observation III

(due à l'obligeance de M. le professeur Loubat et du Dr R. Denis)
résumée.

Une jeune femme est opérée tout d'abord, par incision de la fosse iliaque droite, d'une hématocele péritonéale infectée.

Des poussées aiguës à répétition rendent nécessaire un nouveau drainage au niveau de la première cicatrice.

La guérison définitive n'est obtenue que par l'opération radicale pratiquée trois ans après le début des accidents : castration utéro-ovarienne.

La pièce est particulièrement curieuse. La masse annexielle droite, siège de la lésion, est creusée de nombreuses cavités contenant les unes du pus, d'autres un liquide blanchâtre, d'autres enfin, des matières solides où l'on reconnaît des restes de l'embryon représentés par de petits fragments de squelette. Il y a donc de véritables centres de digestion tissulaire qui n'est pas encore achevée au bout de 3 ans.

De tels faits sont rares, car les embryons non infectés sont conservés intacts à l'état de lithopédion ; les autres sont rapidement éliminés par suppuration.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Jean Villar, chirurgien des Hôpitaux).

Mme D..., 41 ans, mariée, 3 enfants.

Règles normales en mai 1933.

Le 3 juin après un léger retard de règles, elle est prise subitement de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, douleurs s'accompagnant de vomissements, constipation, et bientôt d'élévation thermique.

Après quelques jours, elle consulte son médecin, le docteur Vinnart qui constate l'existence d'un écoulement sanguin noirâtre, avec douleur vive et léger ballonnement dans la région iliaque gauche.

Malgré un traitement par le repos, la glace et la vaccination, l'état général s'aggrave, au bout d'un mois s'installe un syndrome fébrile de suppuration : température entre 38 et 39,5, amaigrissement, sueurs, etc...

Le 7 juillet, elle entre à l'hospice de Bagatelle. Le 8 juillet, le

Dr Jean Villar, constate la présence d'une collection profonde fluctuante de la fosse iliaque gauche et d'une seconde collection communiquant avec la première qui soulève la région du triangle de Scarpa. Une ponction permet de retirer du pus franc et le laboratoire met en évidence la présence de staphylocoques purs.

Le 16 juillet, intervention par le Dr J. Villar sous anesthésie générale à l'éther. Incision abdominale basse parallèle à l'arcade crurale, il s'écoule du pus en abondance, puis du sang noirâtre. enfin d'abondants caillots grisâtres en voie de désintégration. Au moment où l'on pense la poche parfaitement vidée, il s'échappe brusquement une masse noirâtre du volume du poing qui frappe les assistants par son aspect et qui est mise de côté pour être examinée en fin d'opération.

Une longue pince courbe est engagée sous l'arcade et contrôle le point déclive de la collection crurale. Contre-incision. Drains de part en part. La guérison après une abondante suppuration et l'évacuation résiduelle de caillots anciens, s'obtient en un mois.

La masse noirâtre avait exactement l'apparence d'une masse placentaire, bien différente des gros caillots. Toutefois, à la coupe et à l'examen histologique, il n'a pas été possible, vu l'état de désintégration purulente de mettre en évidence une structure placentaire.

Observation V.

Boppe et Rouffart,

(Société anatomique de Paris, décembre 1924.)

Madame X..., 43 ans, entre dans le service du professeur Hartmann, le 3 novembre 1924, pour vomissements, arrêt des matières et des gaz, avec ballonnement considérable du ventre.

La malade habituellement bien réglée, présentant au mois d'octobre un retard de six à huit jours, se croit enceinte, pratique le 16 octobre sur elle-même des manœuvres abortives par introduction d'une sonde intra-utérine. Les jours suivants apparaissent de la fièvre, des douleurs vives, localisées au-dessus de l'arcade crurale. Un médecin appelé diagnostique une péritonite, prescrit repos et glace, il aurait constaté dans les jours qui suivent un gros empatement au-dessus et à droite du pubis.

Brusquement le 25 octobre, la malade évacue par le rectum une grande quantité de liquide noirâtre comme du pus sale, elle se sent soulagée, la température tombe, la tuméfaction disparaît, mais brusquement, dès le soir de ce jour, apparaissent des phénomènes nouveaux; coliques abdominales, vomissements; le ventre se ballonne, la malade n'émet ni matières, ni gaz.

Nous voyons la malade au huitième jour des accidents. Le diag-

nostic d'occlusion intestinale du grêle est évident. L'abdomen est énorme, des anses distendues montrent sous la peau leurs contractions, l'arrêt des matières et des gaz est absolu. Le toucher vaginal montre le col bas situé, repoussé en avant par une masse dure, douloureuse, bloquant les culs-de-sac. Le toucher rectal montre l'existence d'une tuméfaction douloureuse prérectale.

L'état est misérable; femme squelettique, déshydratée, dyspnéique, yeux cernés, température 37, pouls petit, mal frappé à 154, langue sèche.

On pratique immédiatement un lavage d'estomac qui ramène une quantité énorme d'un liquide fécaloïde. La malade se sent soulagée.

En raison de la gravité de l'état général, on fait l'intervention minima : fistulisation d'une anse grêle distendue par une incision à l'anesthésie locale dans la fosse iliaque droite. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les anses grêles apparaissent très distendues, unies entre elles par des adhérences lâches. On constate de suite que l'entérostomie a porté sur une anse dilatée de la fosse iliaque droite. Les anses se dirigent vers la partie droite du pubis où elles adhèrent, coudées à angle très aigu, les unes très dilatées, les autres de calibre normal. On essaye de les libérer, mais elles se déchirent en plusieurs endroits. On effondre alors une collection para et rétro-utérine droite constituée par du liquide noirâtre, au milieu duquel on trouve un gros caillot adhérent; on enlève l'utérus et les annexes. L'aspect de l'utérus paraît normal, mais la trompe droite bien que diffluyente, présente l'aspect d'une trompe de grossesse tubaire.

On prélève pour l'examen histologique la trompe droite et le gros caillot adhérent. Malgré un examen minutieux, il est impossible de trouver le point où la collection s'est ouverte dans le rectum.

Examen histologique du caillot (M. Renaud). — Gros caillot, au milieu duquel sont irrégulièrement réparties des villosités chorales indiscutables avec leur axe conjonctif lâche, entouré d'une couche de cellules épithéliales basses, bien régulières. A la périphérie, le caillot est entouré d'une véritable infiltration purulente.

Observation VI.

(Docteur J. Arnould, *Marseille médical*, 1923).

Madame H..., 36 ans, mariée en avril 1912.

A partir du 24 mai 1912, apparaissent des signes de gravidité, en même temps que des pertes rosées. La malade ressent une douleur abdominale violente le 29 juin. Le 26 juillet 1912, une nouvelle crise douloureuse s'accompagne d'état nauséux et de vomisse-

ments; le diagnostic de grossesse ectopique rompue avec existence d'une hématoécèle rétro-utérine est formellement posé par un chirurgien averti, mais aucune intervention n'est pratiquée.

Après une grossesse normale, accouchement à terme, en mai 1914.

Second accouchement normal en mai 1919. Enfin, après une troisième grossesse normale, la malade accouche le 11 mai 1922. Les premiers jours, tout paraît aller bien, lorsque, à dater du 16 mai 1922, la fièvre s'allume et s'installe progressivement. D'emblée, cette élévation thermique paraît plutôt due à une maladie générale qu'à une infection d'origine obstétricale. Il n'y a, d'ailleurs, aucun signe d'infection génitale. Le 20 mai, le séro-diagnostic de Widal est positif pour l'Eberth (Dr Ranque et Sénez) et cette fièvre typhoïde suit un cours régulier. Mais, le 15 juin, la température, qui tendait à baisser, remonte brusquement et la courbe présente, dès lors, de grandes oscillations. Il y a des frissons et une atteinte sérieuse de l'état général. La malade accuse des douleurs abdominales violentes.

Le 23 juin 1922, j'examine pour la première fois, Madame H..., l'état général est mauvais et la température ne descend plus au-dessous de 38. Le ventre est souple. Par le toucher vaginal et le toucher rectal, on sent dans le cul-de-sac de Douglas, une masse mollassse, non fluctuante et peu douloureuse. Les jours suivants, cette masse augmente de volume, se ramollit, et, le 27 juin, je pratique, à domicile, une colpotomie postérieure qui donne issue à un verre de pus, après que pince et doigt eurent détruit un feutrage d'adhérences. Il s'agissait évidemment de l'hématoécèle ancienne.

Les jours qui suivent cette évacuation, il y a une chute relative de la température du matin; l'état général s'améliore progressivement et tout fait espérer que bientôt une intervention vraiment curatrice pourra être pratiquée.

Le 30 juillet, je suis appelé de nouveau auprès de la malade, qui présente depuis une semaine des signes d'occlusion intestinale progressive: ventre ballonné, arrêt à peu près absolu des matières et des gaz; celles-ci semblent être passées à la filière. Au toucher vaginal, on sent dans le Douglas la masse déjà reconnue le mois précédent mais plus dure. Le toucher rectal décèle l'existence, à 8 cm. environ au-dessus de l'anus, d'un anneau serré, d'une dureté cartilagineuse ne se laissant dilater, ni par le doigt, ni par une sonde. La muqueuse rectale paraît saine et l'on a l'impression nette que la lumière intestinale est étranglée par une constriction périrectale. En raison de ce syndrome d'occlusion progressive, et malgré un état général encore précaire, une intervention libératrice est décidée; elle est pratiquée le 31 juillet.

Anesthésie générale à l'éther. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le petit bassin est comblé par une masse constituée par la trompe droite volumineuse et dure, plongeant dans le Douglas et plaquée sur le sacrum; la trompe est elle-même englobée dans une masse plus élastique, constituée par un feutrage d'adhérences très

serrées, parsemées de géodes remplies de pus. L'intestin est noyé dans cette masse.

L'hystérectomie subtotale première donne un peu de jour; puis un aide introduit dans le rectum une grosse sonde de Châtel-Guyon et sur ce guide la décortication sous-séreuse du rectum est pratiquée; il n'y a aucun plan de clivage et l'isolement de la gangue périréctale est laborieux. Ovario-salpingectomie droite et salpingectomie gauche complètent l'hystérectomie. Vu l'âge de l'opérée, l'ovaire gauche est conservé. Drainage vaginal par l'orifice de la colpotomie pratiquée le 27 juin. Suites opératoires normales.

Pièces en mains, la trompe droite, qui vraisemblablement fut le siège de la grossesse ectopique, a le volume d'une grosse aubergine; elle est dure. Les docteurs Ranque et Sénez ont bien voulu pratiquer l'examen histologique de cette trompe : « Cet examen ne révèle l'existence d'aucune infection spécifique, mais des lésions banales que l'on rencontre dans le processus d'inflammation chronique. »

Observation VII (résumée).

(F. Schewket, *Zentralblatt für chirurgie*, n° 21, 1930).

Madame X..., âgée de 30 ans, quatre enfants; les deux premiers mort-nés, les deux autres bien portants.

Date des dernières règles : fin mars 1928.

Dès le début de sa grossesse la malade se plaint de douleurs violentes dans l'abdomen. Celui-ci augmente de volume. Fin janvier 1929 la patiente surprise de ne pas accoucher, pense qu'il s'agit non pas d'une grossesse mais d'une tumeur abdominale. Toutefois, à ce moment, dix mois après les dernières règles, les douleurs sont peu marquées, aussi elle ne consulte ni une sage-femme, ni un docteur.

Du dixième au seizième mois, aucun phénomène douloureux.

Mais ensuite, de violentes crises douloureuses font leur apparition, généralisées à tout l'abdomen. Au-dessous de l'ombilic apparaît une tuméfaction rougeâtre qui s'ouvre laissant s'écouler une quantité importante de pus.

Jusqu'au vingt et unième mois la suppuration persiste au niveau de cette fistule.

C'est alors que la malade entre à l'hôpital. On constate à l'examen l'existence d'une tumeur abdominale importante. La pression fait sourdre du pus de l'orifice de la fistule.

Au quatrième jour après l'entrée à l'hôpital, on constate dans un bandage un tibia de fœtus.

Intervention. — On pratique une incision et on dégage un squelette fœtal situé dans une poche qui s'était ouverte à la peau.

Suites opératoires normales. La patiente quitte l'hôpital en février 1930, complètement guérie.

Observation VIII. (résumée).

(G. Schneider, *Zentralblatt für gynäkologie*, n° 26, 1925.)

Madame X..., 29 ans.

Date des dernières règles : 14 novembre 1924.

Brusquement le 4 décembre, la malade est prise brusquement d'une violente douleur à gauche dans le bas-ventre, accompagnée de pertes de sang noirâtre, et de vomissements.

Elle est alors traitée par le repos au lit, et application de glace sur le ventre.

Le 10 décembre, six jours après l'accident initial, la malade fait une fièvre élevée; 39,5, 40°, et entre à l'hôpital.

Au toucher vaginal on décèle une tuméfaction importante du cul-de-sac de Douglas que l'on ponctionne. L'examen du sang retiré du Douglas et du sang veineux met en évidence l'existence de bacilles paratyphiques B.

Intervention. — Colpotomie, drainage. La guérison est obtenue après une suppuration d'un mois et demi.

Observation IX.

M. W. D. H. Haggard, de Nashville.

Une femme de 31 ans, enceinte de six mois au cours desquels elle avait des hémorragies et des douleurs vésicales, avait vu sa grossesse s'arrêter et son abdomen diminuer progressivement de volume.

Un an après, du pus fit son apparition dans les urines, puis un os, une vertèbre de fœtus, fut expulsé de la vessie. Ce phénomène se répéta à plusieurs reprises dans les mois suivants; en dernier lieu elle avait expulsé tous les os longs. Quelquefois l'un d'entre eux restait fixé dans l'urèthre: elle saisissait alors l'extrémité libre et attirait l'os au dehors. Depuis le début des accidents elle avait expulsé en tout quatre-vingt-cinq os. Six semaines avant son entrée à l'hôpital elle avait senti un os se fixer dans l'urèthre sans qu'elle pût le retirer, et depuis lors, elle éprouvait de fortes douleurs dans le bas-ventre. Après avoir essayé en vain de retirer l'os de l'urèthre l'auteur fit une incision dans la cloison recto-vaginale et put retirer des os en grand nombre recouverts d'un dépôt phosphatique. Il vit alors que la vessie communiquait avec une cavité plus petite située en haut et à droite; c'était le sac de la grossesse ectopique. Vessie et sac furent irrigués et, dans le but de drainer, on établit une fistule vésico-vaginale artificielle, en suturant au fil d'argent la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale suivant la méthode d'Emmet. La fistule fut refermée au bout de six semaines et quinze jours après la malade quittait l'hôpital en excellent état.

Observation X (résumée).

M. Kahn, de Los Angeles,

The Journal of the american Medical association, 25 mars 1922.

Madame K..., 57 ans, multipare.

Il y a quatorze ans, rupture de grossesse extra-utérine.

Il y a huit ans, ménopause.

Il y a un an et demi, rupture de l'hématocèle dans la vessie. A ce moment, urines purulentes.

Il y a six mois, un os fœtal s'élimine par l'urèthre suivi depuis de nombreux autres.

En février 1922, décès.

L'autopsie pratiquée, révèle ce qui suit : l'intestin grêle est adhérent à une poche ayant les dimensions de la vessie, et qui communique avec elle. A l'ouverture de la vessie on voit des côtes de fœtur, un fémur, etc. ; un orifice admettant deux doigts fait communiquer les deux cavités. La poche de l'hématocèle contient aussi des restes de squelette fœtal.

Observation XI (résumée).

H. B. Mathews, *american journal of Surgery*, décembre 1930.

Madame A..., âgée de 34 ans.

Femme irrégulièrement réglée.

Date des dernières règles : janvier 1930.

Dès le début de sa grossesse, la malade se plaint de douleurs abdominales, accompagnées de fièvre, de pertes de sang.

Le médecin de famille pratique un curettage.

Fin mai 1930 un examen permet de diagnostiquer d'après le volume de l'utérus une grossesse d'environ quatre mois et demi.

De cette date à fin juillet 1930, Madame A..., accuse pres que constamment de violentes douleurs lombo-sacrées et abdominales, son état général s'est aggravé, aussi entre-t-elle au service gynécologique de Long Island College Hospital.

A l'examen du sang :

G. R : 3.600.000.

G. B : 27.000.

Polynucléaires : 87 %.

On est en présence d'une femme squelettique, au ventre légèrement distendu. Température 39°2. Au palper on trouve une masse qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Au toucher vaginal le col est repoussé en avant et en haut par une masse fluctuante qui occupe le Douglas.

Diagnostic. — Hématocèle infectée.

Intervention. — Colpotomie, drainage.

A l'ouverture du cul-de sac de Douglas, évacuation d'une quantité importante de sang mêlé de pus, contenant des os de fœtus (Par la réunion de ceux-ci on a obtenu un squelette fœtal correspondant à un squelette de quatre mois et demi). Après une élimination abondante de pus par le drain, la guérison est obtenue et la malade quitte l'hôpital vingt-et un jours après l'intervention.

CONCLUSIONS

I. L'infection des hématoécèles est aujourd'hui un fait très rare ; un traitement chirurgical précoce en a réduit considérablement le nombre des cas.

II. Cette infection se propage soit par voie de contiguïté : tube digestif, tractus génital ; soit par voie sanguine.

III. Le diagnostic d'infection est le plus souvent difficile ; associés aux signes locaux et généraux d'infection (frissons, fièvre élevée), l'examen du sang, la ponction exploratrice du cul de sac de Douglas fourniront alors de précieux renseignements.

IV. Les hématoécèles infectées ou suppurées sont justifiables de la colpotomie postérieure. Néanmoins, cette intervention ne sera parfois que le premier temps d'une opération, celle-ci curatrice, faite plus tard par la voie haute.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE.

- Albertin et Desgouttes. — *Lyon chirurgical*, 1909.
- Arnould (J.). — « Un cas de suppuration très tardive d'une hématoécèle rétro-utérine, ayant déterminé de l'occlusion intestinale », *Marseille médical*, octobre 1923.
- Bauray (P. R.). — *Les hémorragies intrapéritonéales en dehors de la grossesse*, thèse Bordeaux, 1934.
- Beauvais. — *Coexistence de l'appendicite et de l'hématoécèle*, thèse Paris, 1925.
- Becquerel. — *Traité clinique des maladies de l'utérus et des annexes*.
- Bégouin. — « Nécessité de l'intervention systématique sans délai dans l'hématoécèle récente, dans la grossesse tubaire non rompue comme dans l'hémorragie par rupture tubaire », *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922, p. 95.
- Binaud. — *De l'hématoécèle pelvienne intrapéritonéale*, thèse Bordeaux, 1891-1892.
- Boppe et Rouffart. — « Hématoécèle rétro-utérine suppurée, ouverture dans le rectum, occlusion intestinale aiguë », *Bull. et Mém. de la Société anatomique*, décembre 1924.
- Boursier. — *Précis de gynécologie*.
- Cabanié (G.). — *Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse*, thèse Toulouse, 1924.
- Cestan. — *Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématoécèle pelvienne*, thèse Paris, 1893-1894.
- Chifoliau et Moysé (P.). — « La ponction exploratrice du Douglas dans l'hématoécèle rétro-utérine », *Répertoire médical pratique*, janvier 1933.
- Cleu (H.). — *Contribution à l'étude des hématoécèles pelviennes infectées*, thèse Lyon, 1910-1911.
- Couvelaire, Lemierre, Lenermant. — *Pratique médico-chirurgicale*, t. IV, 1951.
- Dambrin (C. et L.). — « Sur les difficultés du diagnostic entre l'hématoécèle rétro-utérine et les collections suppurées bombant dans le Douglas », *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynec.*, février 1923.
- Duplay, Rochard, Demoulin, Stern. — *Diagnostic chirurgical*, 1928.

- Faure (J. L.).** — « La ponction exploratrice du cul-de-sac postérieur du vagin », *La gynécologie*, avril 1911.
- Forgue et Massabuau.** — *Gynécologie*, 1927.
- Guermeur.** — *Les perforations intestinales consécutives à l'hématocèle pelvienne*, thèse Bordeaux, 1919-1920.
- Haggard.** — « Cystotomie vaginale, ablation d'un squelette fœtal s'étant fait jour dans la vessie à la suite d'une grossesse ectopique », *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904.
- Kahn.** — « Grossesse extra-utérine infectée rompue dans la vessie après treize ans, avec expulsion des os du fœtus de l'urètre », *The journal of the American medical association*, 25 mars 1922.
- Labadie, Lagrave, Legueu.** — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- Laroyenne (L.).** — Thèse de Lyon, 1901-1902.
- Lawson Tait.** — *British medical journal*, 1890.
- Legneu et Reblaud.** — « Hématocèle infectée; ouverture dans l'intestin grêle », *Soc. anat. de Paris*, février 1893.
- Loubat et Denis.** — « Grossesse extra-utérine infectée, poussées aiguës multiples, Opération radicale au bout de trois ans », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1922, p. 471.
- Mathews (H. B.).** — « Infected pelvic haematocoele, containing fœtal bony elements », *American journal of Surgery*, décembre 1930.
- Melon.** — *Traitement de l'hématocèle périutérine par l'incision vaginale*, thèse Bordeaux, 1888-1889.
- Murard.** — « Intervention précoce ou retardée dans les grossesses tubaires rompues », *Presse médicale*, n° 13, 1921.
- Nélaton.** — « Leçons sur l'hématocèle », *Gazette des Hôpitaux*, 1852-1853.
- Pellet.** — Thèse de Lyon, 1908-1909.
- Pengrueber et Vincente.** — « Complications et traitement de l'hématocèle rétro-utérine », *Semaine médicale*, Paris, 1886.
- Pinatel.** — Thèse de Bordeaux, 1922-1923.
- Pivoteau (M.).** — « Les formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne », thèse Lyon, 1923-1924.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, 1907.
- Quénu.** — « Analyse bactériologique d'une hématocèle rétro-utérine », *Bull. et Mém. soc. chir. Paris*, 1893.
- Reynier.** — « Traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine », *Bull. et Mém. soc. chir. Paris*, 1900.
- Rieux.** — *Précis d'hématologie et de cytologie*, 1911.
- Segond.** — « Traitement des grossesses extra-utérines; grossesse extra-utérine infectée : élimination d'un tibia suppuré à travers la paroi abdominale », *Annales de gynécologie*, 1898, tome II.
- Schwket.** — *Zentralblatt für chirurgie*, n° 21, 1930.

Segond. — « Traitement des grossesses extra-utérines », *Annales gynécologie*, 1898, tome II.

Schewket. — « Grossesse extra-utérine infectée : élimination d'un tibia suppuré à travers la paroi abdominale », *Zentralblatt für chirurgie*, n° 21, 1920.

Schneider. — « Hématocèle compliquée d'infection par bacilles paratyphiques B. », *Zentralblatt für gynakologie*, n° 26, 1925.

Thévenard (P.). — *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine, signes, diagnostic, traitement*, thèse Paris, 1891-1896.

Valleix. — *Guide du Médecin-praticien*, tome IV, 1853.

Violet. — « Grossesse tubaire rompue, suppuration précoce », *Lyon Médical*, juin 1922.

Voisin. — Thèse de Paris, 1858-1859.

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1934
